

Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi

Personality: Description, Classification and Evaluation

İbrahim Taymur, M. Hakan Türkçapar

ÖZET

Geçmişten bu yana insanları anlamak ve tanımak adına kişilikle ilgili birçok tanım ve sınıflandırma yapılmıştır. Psikiyatrinin gelişim sürecindeki her kurum kişiliği kendi açısından tanımlamış ve değerlendirmiştir. Uluslararası sınıflama sistemleri, DSM ve ICD ile birlikte araştırmacılar daha yaygın ve ortak bir dil kullanımına yönelik çalışmalar içerine girmişlerdir. Kişiliğe yönelik çalışmalarda ve klinik uygulamada kategorik ve boyutsal yaklaşımlar en temel farklı yaklaşım biçimleridir. Kategorik yaklaşım kişiliğe birbirinden farklı sınıflardan oluşan dikotomilerle yaklaşırken, boyutsal yaklaşım kişiliğin belli boyutlardan oluşan bir yapı olduğunu öne sürerek bu boyutlar temelinde kişiliği anlama ve tanımlamayı amaçlamıştır. Kişiliğe ilişkin bu güne kadar oluşturulmuş tanımlar ve geliştirilmiş araçlar değerlendirildiğinde hepsinin bir takım avantaj ve dezavantajlara sahip oldukları görülmektedir. DSM-5 tanı sınıflamasının kişilik bozukluğuna ilişkin öneriler içeren bölümü incelendiğinde kişilik bozuklukları tanı grubunun yeni bulgular ve eleştiriler doğrultusunda yeniden yapılandırılmasının amaçlandığı görülmektedir. Bu yazıda kişiliğin tarihsel süreçteki tanımı, kişiliğe boyutsal, kategorik ve bilişsel yaklaşımlar, kişiliğin ölçüm ve değerlendirmesinde kullanılan araçların özellikleri gözden geçirilmeye çalışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kişilik, tanımı, sınıflama, değerlendirme

ABSTRACT

Many descriptions and classifications of personality have been made to understand and acknowledge human being through out the history. During the developmental process of psychiatry, almost every school defined and assessed personality regarding to their own perspective. As DSM (Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders) and ICD (International Classification of Diseases) being available to common usage, scientists conducted studies to

set a common terminology for personality. Categorical and dimensional approaches are the most fundamentally different assessment strategies in the research and clinical aspects about personality. While categorical approach views the personality as dichotomies which consists of different groups, dimensional approach aims to describe the personality on the basis of dimensions, thus suggests that the personality is a structure formed by definite dimensions. Several advantages and disadvantages can be noticed when descriptions of personality and tools for the evaluation of personality are reviewed. When the section making suggestions about personality disorder in DSM-5 is evaluated, it is seen that it aims to restructure the personality disorder diagnostic group according to new findings and critiques. In this article, the description of personality throughout the history, dimensional, categorical and cognitive approaches to personality, the features of the tools that are used to assess and measure the personality are reviewed.

Keywords: Personality, description, classification, evaluation

Geçmişten buyana insanın öznel tanımında kişiliği ile ilgili özellikleri anlamak önemli bir yere sahip olmuştur. Kişilik, psikiyatrik rahatsızlıkların tanı ve sınıflandırma süreci içinde DSM (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders – Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)de yer alan eksen-I tanılar için en önemli karıştırıcı faktör özelliği taşımaktadır. Bu durum eksen-II de değerlendirilen kişilikle ilgili tanı ve özelliklerin daha iyi anlaşılmasının önemini arttırmaktadır. Her iki eksenle ilgili yapılan güncellemeler bu tanıma ve anlamada kullanılan yeni ölçeklerin ve enstrumanların gelişimine yol açmaktadır. Bu gün DSM-V bu gelişim sürecinde, kişiliğe hangi bakış açısından bakılması gerektiği ile ilgili revizyona girme gereği içerisinde olmuştur. Bu yazı kişiliğin tarihsel gelişimini içerinde bu gün içinde bulunduğu duruma yapısal bir bakış sağlamayı amaçlamaktadır. Bu güne kadar oluşturulmuş ölçeklerin özellikleri ile ilgili bilgi sunularak, kişiliğin daha iyi anlaşılmasında faydalı olacağı düşünülmüştür.

Gılgamış'tan DSM-V'e Tarihçe

Kişilik, bireylerin düşünce, duygu ve davranış gibi psikolojik tepkilerindeki ve farklılıkları belirleyen sadece yaşanan an, içinde bulunulan biyolojik durum veya sosyal ortam ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir.[1] Kişilik bu anlamıyla psikolojik tepkilerin göreceli olarak önemli ve kalıcı yönlerini içermektedir. Bir çok kuramcıya göre kişilik bireyle ilgili zihinsel, duygusal, sosyal ve fiziksel nerdeyse hemen her

şeyi kapsar.[2] Kişilik bozukluğu ise bu psikolojik özelliklerde kalıcı ve süreklilik gösteren biçimde beklenen normların dışına çıkılmasıdır.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin ruhsal hastalıkları sınıflandırma sistemi olan DSM-IV'te kişilik bozukluğu, bireyde kendisini öznel sıkıntı ve/veya toplumsal - mesleki işlevsel bozuklukla ortaya koyan biçimde, uzun süreli uyum bozukluğu ve katı eğilimlerin var olması şeklinde tanımlanmıştır.[3] Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 sınıflama sisteminde ise kişilik bozukluğu, kişiliğin birden çok alanını kapsayan biçimde bireyin karakter oluşumunda ve davranış eğilimlerinde kişisel ve sosyal olarak bozulmaya yol açacak biçimde ortaya çıkan şiddetli bozukluk olarak tanımlanmaktadır. ICD-10'a göre kişilik bozukluğu kendisini süreklilik gösteren biçimde duygulanım, uyarılma, dürtü kontrolü, algılama ve düşünme biçimi ve diğerleriyle kurulan ilişkiler gibi alanlarda belirgin biçimde uyumsuz tutum ve davranışlarla gösterir.

Geçmişten bu yana insan kişiliğini ve kişilik özelliklerini anlamaya yönelik belli tanımlar yapılmıştır. Bunlardan en eskisi Sümerlere ait olan Gılgamış destanındaki cesaretli, kibirli ve asi yürekli tanımlamalardır.[4] Hipokrat vücut sıvılarının renklerine göre mizaç yapılarını dört gruba ayırmış ve yaklaşım 5. yüzyıldan 17. yüzyıla kadar genel kabul görmüştür. Vücut sıvılarından safranin kararması ile melankolik kişilerde kaygı ve depresyona eğilim, safranın sararması ile kolerik mizaçlıların iritabl ve aktif kişiler olması ilişkilendirilmiştir. Aşırı balgamli (flegmatik) mizaca sahip olanların ağırkanlı, duygusuz ve soğukkanlı oldukları, iyimser (sanguine) kişilerde ise mizacın başlıca vücut sıvısı olarak kanla temsil edildiği ve bu kişilerin iyimser oldukları tanımlanmıştır.[5] Ondokuzuncu yüzyıla gelindiğinde kişiliğin bir bozukluk olarak görülebileceği ve bu bozuklukta karakter, yapı, mizaç ve kendiliğin önemli olduğu, özellikle de duygulardaki sapmanın etkisi belirtilmiştir.[6]

Prichard 1835'te kişilik bozukluğuna yönelik daha detaylı tanımında; hislerde, huyda ve alışkanlıklarda tek başına veya bütünü ile bozukluğun ortaya çıktığını vedavranış bozukluğunun yaşam boyu sürdüğünü, dirençli olduğunu, mental yetmezlik gibi bir entelektüel bozulmaya bağlı olmadığını belirterek bozukluğun şiddetinin ataklar döneminde arttığını vurgulamıştır. Prichard ayrıca, bu durumun bir akıl hastalığı olmadığına da dikkat çekmiştir.[7] Başka bir kişilik kuramcısı Koch'a göre ise kişiliğin sapması, kişinin kendisini diğer insanlardan daha aşağılık görmesi (psikopatik aşağılanma) ortaya çıkmaktadır.[7]

Yirminci yüzyıla gelindiğinde Schneider'in kişinin yapısında bozulma ve bu özelliklerin aşırı sapması ile oluşan 10 farklı kişilik bozukluğu tipi (depresif, hipertimik, fanatik, patlayıcı, labil, duyarlı, anankastik, astenik ve

dikkat arayışı) tanımladığı görülmektedir.[6] İzleyen yıllarda vücut tiplerinin kişilikle ilişkili olduğundan hareketle Kretschmer kişiliği vücut tiplerine göre sınıflandırmıştır. Kretschmer'in sınıflandırmasını 1942'de Sheldon üç primitif embriyonik tabaka (endoderm, mezoderm ve ektoderm) ile uyumlu olarak düzenlemiştir. Endomorf olanların iyi gelişim özelliklerine sahip, sosyal görünümlü, etkin ve konforlarına düşkün olduğu; mezomorf olanların atletik bir vücuda sahip, baskın karakterde ve enerjik olduğu; ektomorf olanların ise ince ve zayıf fiziksel özelliklerle birlikte kendilerini sınırlayan, duyarlı ve utangaç kişiler oldukları tanımlanmıştır. Aynı zamanda Kretschmer ve Sheldon bu kişilik tiplerinin ana ruhsal bozukluklara yatkınlık oluşturduğuna inanmışlardır.[5]

Yirminci yüzyılın ilk yarısına damgasını vuran psikanalitik kuramın kurucusu Freud'da kişilik gelişimi konusunda bir kuram geliştirmiştir. Freud'a göre çocukluğun özellikle ilk beş yaşının erişkin kişilik işlevlerinde önem taşımaktadır ve yaşamın erken dönemindeki cinsel dürtülerin çevresindeki psikososyal çatışma gelişimi şekillendiren başlıca etkidir. Freud cinsel dürtülerin gelişiminde biyolojik gelişme, çevresel ve sosyal yapının etkisinin önemini de vurgulamış ve psikoseksüel gelişim dönemlerini (oral, anal, fallik, latent, genital) tanımlamıştır.[8] Psikanalitik okulda yer alan Karl Abraham'da karakter formasyonu üzerine odaklanarak anne ve çocuk arasındaki erken dönem ilişkilerin önemini vurgulamış ve Freud'un psikoseksüel gelişim dönemlerini daha ayrıntılı olarak tanımlamıştır.[8] Kişilik gelişimi açısından psikanalitik okulda yaygın kabul gören Freud'un dürtü teorisini Horney, Fromm ve Sullivan kabul etmeyerek sosyal oryantasyon yapısı üzerine odaklanmışlardır. Bu çerçevede Fromm karakter teorisi üzerine dört nevrotik mekanizma (mazoşizm, sadizm, yıkıcılık ve otomatik uygunluk) ve beş karakter tipi (kabulleyici, istifci, tüketici, sömürücü ve üretici) tanımlamıştır.[8]

İnsan gelişiminin yaşam boyu sürdüğü gözleminde bulunan Erikson ise kişiliğin gelişimini somatik düzeyde (organ-işlev), ego düzeyinde ve toplumsal düzeyde incelemiştir. Ek olarak kişilik sisteminin içine bireyin geçmişini, sosyolojik, antropolojik ve biyolojik bilgileri dahil etmiş ve kişinin psikolojik gelişimindeki sekiz evre için zon, mod ve modalite kavramlarını kullanmıştır.[9]

Kişilik kuramlarında yapılan tanımlamalarla uyumlu olan dönemlerde kişiliği anlamaya yönelik birtakım değerlendirme araçları da geliştirilmiştir. Değerlendirme araçları nesnel ölçüm yapan testler veya projektif olarak tanımlanan öznel değerlendirme yapan testler olarak iki gruba ayrılabilir. Yapısal değerlendirmede kullanılan testler arasında en sık kullanılanı Minnesota Çok

Yönlü Kişilik Envanteridir (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-MMPI). Soruları doğru/yanlış biçiminde uygulanan bir testtir. Projektif testler arasında en sık kullanılanlar ise Rorschach ve Tematik Algı Testi (Thematic Apperception Test -TAT)dir. Rorschach yönteminde birey mürekkep lekelelerinden oluşan resim serilerinde gördüğü şeyleri tanımlar. Kişinin bu belirsiz şekilleri altta yatan kişilik yapısını yansıtacak biçimde tanımladığı varsayılarak bu tanımlar aracılığıyla kişilik değerlendirilir. TAT yönteminde ise kişiye siyah ve beyaz içerisinde çeşitli insan figürleri olan resimler gösterilerek bu resimlerde gördüğü kişi ve olaylara ilişkin öyküler anlatması istenir. Kişinin kurguladığı öykülerin kendi kişiliğini yansıttığı düşünülerek test yorumlanır. Her iki test de psikanalitik kavramlara dayandığı için tekrarlanabilirlik ve güvenilirlik sorunları olan testlerdir.[5]

Analitik kuramda Freud'dan ayrılan görüşlere sahip olan Jung benzer şekilde, kişilik kuramında analitik bakış açısından farklı olarak tipolojinin etkisine vurgu yapmıştır. Jung, kişiliğe yönelik içedönük (introvert) ve dışdönük (extrovert) bireyler tanımları getirerek tipolojiden boyutsal özelliklere geçiş niteliği taşıyan tanımlar getirmiştir. Bu özellikler, başta Eysenck tarafından olmak üzere birçok kişilik teorisyeni tarafından değiştirilerek kullanılmış ve kişilikle ilgili değerlendirmelerin tipolojiden boyutsal özelliklere geçişinde zemin oluşturmuştur.[5]

Kişilik ve Kişilik Bozukluklarına Yönelik Boyutsal Yaklaşım

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren kişiliğin boyutsal özellikleri temel alınarak, tipolojik modelden yapısal gelişimsel modele geçiş olmuştur.[4] Kişilik yapısını tanımlamadaki deneysel yaklaşımlar ilk olarak dil üzerine yapılan çalışmalarla başlamıştır. Sözcükler üzerine (lexical) yapılan araştırmalar dilin sosyal etkileşimde kullanılmasından dolayı dilin doğallığında kişilik özelliklerinin etkisi olduğu noktasından hareket etmiştir. Gordon Allport ve Henry Odbert kişilikle ilgili özelliklerin bir sözlük niteliğinde ilk kapsamlı listesini oluşturmuşlardır. Yıllar içerisinde yapılan çalışmalarla bu özellikleri tanımlayan binlerce kelime elde edilmiştir. Daha sonrasında bu kelimeler faktör analizi yöntemi ile beş faktörde (big five) tanımlanacak biçimde şekillendirilmiştir. Bu sürecinin başlangıcındaki en önemli temsilcilerden olan Cattell 1973'te karmaşık kişilik çeşitleri arasında 16 farklı boyutu, Eysenck ise 1975'te kişiliğin dışadönüklük-içedönüklük (extraversion-introversion) ve nörotizm-stabilite biçiminde iki boyutunu tanımlamıştır. 1980'de Costa ve McCrae üçüncü faktör olarak yaşantıya açıklığı (openness to experience),

1987’de uzlaşmacılık (agreeableness) ve vicdanlılık (conscientiousness) olarak iki faktör daha eklenmiştir.[4,5,10]

Büyük beş faktör, kişilik bozukluklarını normal kişilik özelliklerinin basit ve aşırı varyasyonları olarak görmektedir. Büyük beş faktör ile ilgili sonraki çalışmacılardan Costa ve McCrae bu sözcüksel (lexical) faktörlere karşı oluşturulmuş eleştiriler doğrultusunda çalışmalarını genişleterek beş faktör modelini (Five-Factor Model; FFM) oluşturmuşlardır.[109] Costa ve McCrae’ye göre FFM kişiliği bir bütün olarak ele almaktadır. Kişilik özelliklerinden uyum, başa çıkma, savunma, dengeleme ve düzenleme, kişinin dengeli bir yapıya sahip olmasını sağlamaktadır. FFM sözcüksel çalışmalarda kullanılan tarihsel bir araç olmakla birlikte, birçok araştırmacı kişilikteki bireysel farklılıkları FFM’nin faktörleri ile tanımlamayı yeğlemişlerdir.[4,5,10] Bu faktörler; nörotizm (anksiyöz, kaygılı, kötümser, kendine güvende eksiklik), dışa dönüklük (aktif, sosyal, arkadaş çevresi geniş, sempatik), yaşantıya açıklık (farklı ilgi alanlarına yönelme, meraklı, yeni fikirleri eğlenceli görme), vicdanlılık (organize olma, güvenilir olma, mükemmelliyetçi), uzlaşmacılık (kuşku duymayan, alçak gönüllü, yumuşak başlı, yardım sever, kolayca yararlanılabilir) olarak tanımlanmıştır.[10] Tanımlanan bu beş faktöre çocuk ve ergenlerde irritabilite ve aktivite olarak iki boyut daha eklenmiştir.[11,12]

Beş faktör modeli aynı zamanda normal ve anormal kişilik yapısını anlamaya yönelik çalışmalar için de zemin oluşturmuştur. Zuckerman ve arkadaşları, normal ve anormal kişilik yapılarının değerlendirilmesinde, hiyerarşik olarak üç faktör düzeyi (dışadönüklük-sosyallik, nörotizm-duygusallık ve psikotizm- sosyal olmayan dürtüsel duyuların aranması) saptamıştır.[13] Hiyerarşik kişilik modellerine yönelik çalışmasında Digman aşırı yüklenmiş iki faktör (alfa ve beta) bulunduğunu göstermiştir. Bunlardan alfa olarak adlandırdığı nörotizm, uzlaşmacılık ve vicdanlılık, beta olarak adlandırdığı ise dışadönüklük ve yaşantıya açıklığı içermektedir.[14] Markon ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz sonucunda bu değerlendirmeye ek olarak, alfa içerisinde negatif duygulanım ve disinhibisyon, beta içerisinde de pozitif duygulanımı barındıran üç büyük faktör elde edilmiştir.[15] Costa ve McCrae’de bu beş faktörün daha ayrıntılı olarak tekrar değerlendirmiş ve bu çalışma sonucunda her bir özellikle ilgili altı yönün belirlendiği “NEO Personality Inventory-Revised; NEO-PI-R” ölçeğini geliştirmişlerdir.[10,16] Böylelikle kişiliğin boyutsal değerlendirmesine yönelik olarak, sıklıkla başvuru alan FFM’ye ek olarak “NEO-PI-R” kişilik testi de envantere eklenmiştir.

DSM ve Kategorik Yaklaşım

DSM-III'ün yayınlanması ile kişilik bozukluğunun tanımlanmasında davranış, bilişler, duygulanım, kişilerarası ilişkiler ve dürtükontrol örüntüleri daha çok dikkate alınmaya başlamıştır.[17,18] Kişilik bozukluklarını sınıflandırmada DSM kategorik ve hiyerarşik bir sınıflandırma tarzı kullanmıştır. DSM-III, 1980'de yayınlandığında kişilik bozuklukları için iki önemli yenilik yapılmıştır. Bunlardan ilki kişilik bozukluklarının beş eksenli sistemde ikinci eksen (eksen II) ayrıca kodlanmasıdır. İkinci yenilik kategorik olarak sınıflanmış 11 kişilik bozukluğu için tanı ölçütlerini içeren rehber oluşturulmasıdır.[18]

DSM-III'te kişilik bozuklukları monotetik ve politetik ölçütlerle tanımlanmaktadır. Monotetik ölçütlere sahip kişilik bozuklukları için tüm ölçütlerin karşılanması gerekli iken, politetik kişilik bozukluğu için aynı kişilik bozukluğuna yönelik farklı belirti varyanslarına izin verilmektedir. Daha sonrasında geliştirilen DSM-III-R'de ise tüm kişilik bozuklukları politetik ölçütlerle tanımlanmıştır. DSM-III yayınlandıktan sonra pozitif tanı için gerekli kesme puanları tartışmaya açılmış ve DSM-III-R ile DSM-IV'te düzenlemeler yapılmıştır.[6] DSM-IV'te 10 kişilik bozukluğuna yönelik yaklaşık 7 ile 9 soruluk politetik ölçüt oluşturulmuş ve yaklaşık olarak 5 ölçütün karşılanması kişilik bozukluğu için kesme noktası olmuştur. Hiyerarşik sınıflandırma kapsamında kişilik bozuklukları üç kümede toplanmıştır: A kümesi tuhaf/ekzantrik (şizotipal, şizoid ve paranoid), B kümesi dramatik/dengesiz (antisosyal, borderline, histrionik ve narsistik) ve C kümesi anksiyöz/inhibedir (çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif).[3]

Gunderson, eksen II'ye yönelik kişilik bozukluklarının şiddeti ve işlevsel bozulmaların tanımını içeren hiyerarşik bir model geliştirmiştir.[19] Bu modelde özellik bozukluğu (obsesif kompulsif, histrionik, çekingen ve bağımlı kişilik bozuklukları) normale yakın olarak değerlendirilirken, orta düzeyde şiddetli olan bozukluklar kendilik bozukluğuna (şizoid, narsist, antisosyal ve borderline kişilik bozukluklarını) karşılık gelmektedir. Psikoza yakın olan ise spektrum bozukluğu (şizotipal, paranoid ve depresif kişilik bozuklukları) olarak tanımlamıştır.[19]

Kernberg kişilik patolojilerini psikodinamik yapı ile açıklayan, kategorik ve boyutsal özellikleri içeren bir sınıflandırma yapmıştır. Orta-düşük düzeyde karakter bozulması ile giden grup nörotik (histerik, obsesif kompulsif ve depresif kişilik bozuklukları), daha şiddetli olanlar borderline kişilik organizasyonu (narsistik, pasif agresif, antisosyal, şizoid ve paranoid kişilik bozuklukları) ve en şiddetli uç psikotik sınıf olarak adlandırılmıştır.[2] 1995 yılında

bu sınıflandırmayı değerlendirmede kullanılan Kişilik Organizasyon Envanteri (Inventory of Personality Organization; IPO) geliştirilmiştir.[20,21] Kernberg'in ve DSM'in sınıflandırmalarında yer bulan kategorik sınıflandırmanın en önemli dezavantajları, klinik pratikte hastaları anlamada ve değerlendirmede doyurucu olmaması, eştani dağılımının fazla olması, belirti ve özelliklere yönelik heterojen dağılım göstermeleridir.[22]

Kategorik ve Boyutsal Yaklaşımların Karşılaştırılması

DSM kişiliği kategorik bir perspektiften değerlendirirken, boyutsal perspektif genel kişilik yapısının uyumuna yönelik değerlendirmede bulunur.[22] Kişilik bozukluklarındaki kategorik yaklaşım tanının var ya da yok olduğu yönünde hareket ederken, boyutsal yaklaşım kişilik özelliklerini değerlendirir. Boyutsal yaklaşımı savunanlar doğadaki haliyle kişilikteki bozulma denen şeyin normalin bir uzantısı olabileceğini savunmaktadırlar. Buna göre normale anormal arasında kategorik bir ayrım yoktur, bir süreklilik söz konusudur. Kategorik yaklaşımda ise oluşturulan dikotomiler keyfi veya yapay bir şekilde oluşturulmakta; normal ve patolojik kişilik arasındaki süreksizlik vurgulanmaktadır.[23] Boyutsal model, özellik ve belirtilerin eşik değerleri hakkında daha doyurucu bilgiler vererek kategorik tanıların aralarındaki sınırın ve heterojen belirtilerin anlaşılmasına yardımcı olmaktadır.[22]

İki yaklaşımı karşılaştırmaya yönelik çalışmalarda kategorik değerlendirmenin hasta ve bilgi verenin ifadeleri doğrultusunda belirlenen bir tanıya yol açtığı, dolayısı ile de tanısal güvenilirliğinin düşük olduğu buna karşılık kişilik özelliklerine yönelik boyutsal değerlendirmenin güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır.[24] Kişiliğin boyutuna yönelik bilgiler, araştırmacılar tarafından kişilik bozukluğunun kategorisini desteklemede ve belli ortak uyum yönelik olmayan özellikleri belirlemede de sıklıkla kullanılmaktadır.

Kişiliğe ve Kişilik Bozukluklarına Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel kuramın psikopatoloji anlayışına göre ruhsal yaşamda temel düzenleyici süreç bireyin düşünsel-bilişsel yanıdır.[25] Kurama göre bireyin yaşantılarını yapılandırma ve anlamlandırma şekli, nasıl hissettiğini ve davrandığını etkiler. Bilişsel kuramın kişiliğe bakışı, bilgi işleme ve davranışları yönlendirmede şemalar ile çekirdek inançların önemini vurgular ve kişilik patolojilerini değerlendirmede kategorik bir yaklaşımdan ziyade boyutsal yaklaşımın kullanımını ön plana çıkarmaktadır. Bilişsel kuram çerçevesinde kişiliği değerlendiren iki önemli değerlendirme aracı bulunmaktadır: Kişilik İnanç Ölçeği

(Personality Belief Questionnaire; PBQ) ve Young Şema Anketi (Young Schema Questionnaire).[25,26]

Şema modları o an içinde kişide aktif olan, duygusal durumlar ve başa çıkma tepkileri olarak tanımlanır. İşlevsel olmayan bir şema modunun aktive olması güçlü duygular ile katı başa çıkma tepkilerinin ortaya çıkmasına neden olur ve bu durum da bireyin davranışlarını belirler ve yönlendirir.[26]

Kişiliğin Değerlendirilmesi

Kişilik bozukluklarının ölçümü ve sınıflandırılmasındaki yaklaşım üç grupta değerlendirilebilir. Bunlar;

1. Kişinin kendisinin işaretlediği ve öz değerlendirme yaptığı sorular (Kişi soruları doğru-yanlış yada derecelendirme biçiminde işaretler)
2. Yapılandırılmış-yarı yapılandırılmış görüşmeler (Deneyimli ve eğitilmiş görüşmeciler kişilerle yüz yüze görüşür.)
3. Kişinin yakın çevresinden birisi ile görüşmedir.[5]

Bu ölçme ve sınıflandırma araçlarının belli ortak özelliklerin olması beklenmektedir[27]. Bu özellikler şunlardır;

1. Geçerlilik özellikleri: Psikiyatrik tanı sistemlerinde kullanılan iki bileşenden birincisi taksonomi (tanı gruplarının belirlenmesi) ikincisi de tanının kendisidir. Kişilik bozukluklarındaki araştırmalar taksonomi üzerine odaklanmıştır. Tanı ölçütleri incelendiğinde esas olarak değerlendirilmeyi yansıtan üç ölçüt bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; tanımın tutarlı (sendromun tamamen tanımlanıp tanımlanmayacağı) ve kapsamlı (patolojik spektrumun ne kadar kapsadığı) olmasını sağlayan “içsel ölçütler”dir. İkincisi; etyolojik faktörler, tedaviye cevap, uyum düzeneklerinin düzeyi ve laboratuvar bulgularını kapsayan “dışsal ölçütler”dir. Üçüncüsü de; tanı sistemindeki klinik bulgular ve güncellenmiş kullanımlarını oluşturan “klinik ölçütler”dir. Tanı yöntemlerinin güvenilirliği yüksek ve kişilik patolojilerinin spektrumunu kapsayıcılığı geniş olmalıdır.[27]
2. Test-tekrar test (test-retest) uygulaması: İyi çalışan bir teste verilen yanıt, belli bir süre sonra aynı kişi tarafından tekrarlandığında elde edilen yanıtla benzer olmalıdır. Bununla birlikte, Zimmerman eksen I bozukluklarına bağlı akut alevlenme döneminde bu durumun yanlış pozitiflik gösterebileceğini vurgulamıştır.[6]
3. Yanlış negatif ve yanlış pozitiflik: Kişinin kendisinin doldurduğu testler ekonomik tarama araçları olarak değerlidir ancak kişilik bozuklukların-

da kullanılan tarama testleri özellikle yanlış pozitif tanı koyma eğilimindedirler ve bu durum beklenebilir bir sonuçtur. Buna karşılık, asıl önemli olan ve engellenmesi gereken durum, tolere edilemeyecek düzeyde yanlış negatif sonuçla karşılaşmaktır.

4. Kişi ve bilgi veren arasındaki tutarlılık: Kişilik bozukluklarının ölçülmesindeki en önemli sorunlardan birini oluşturmaktadır. Kişi ve bilgi veren, benzer bir davranışı farklı tanımlama eğiliminde olabilir.[28]
5. Ölçeğin uygulama kolaylığı: Uygulanan ölçeğin tamamlanma süresi, kişinin bu ölçeğe uyumunu ve soruları güvenilir olarak yanıtlamasını etkilemektedir.

Kişilik ve Kişilik Bozukluklarını Değerlendirme Araçları

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI-2)

Klinik araştırmalar ve pratikte çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Kişinin kendisinin “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” biçiminde yanıtladığı 566 sorudan oluşan objektif bir kişilik testidir. McKinley ve Hathaway tarafından geliştirilmiş olan test, Savaşır tarafından Türkçeye çevrilmiş, Erol tarafından geçerliliği yapılmıştır.[29,30] Üç geçerlilik ölçeği (L:yalan, F:uyum ve K:savunma-inkar) ve 10 klinik ölçeği (Hs:hipokondriyazis, D:depresyon, Hy:histeri, Pd:psikopatik sapma, Mf:erkeklik-kadınsılık, Pa:paranoya, Pt:psikastenî, Sc:şizofrenî, Ma:hipomani ve Si:sosyal içe dönüklük) bulunmaktadır. Testin güvenilirlik değeri 0.51 ile 0.89 arasında bulunmuştur.[29,30] Çok yaygın kullanılmasına karşın heterojen ölçek içeriği, örtüşen ölçeklerinin olması ve tutarlı bir ölçüm yönteminin bulunmaması eleştirilmektedir.[31,32]

DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-II)

Popüler kullanımı olan SCID'in eksen II için hazırlanmış modülüdür (SCID-II). Kişilik bozukluklarına yönelik 113 soru bulunmaktadır.[33] Bu soruların görüşme öncesi olgu tarafından doldurulması görüşmenin süresini azaltmada faydalı olabilir. Bununla birlikte bilgi veren başka kişiden de yararlanılması önerilmektedir. Yüz yüze görüşme sürecinde soruların değerlendirilmesi yok (1), eşik altı(2) ve eşik üstü(3) biçiminde puanlanır. Bu değerlendirme aracının test-tekrar test değeri $k=0.68$ ve görüşmeciler arası güvenilirlik değeri $k=0.71$ olarak bulunmuştur. Görüşme yaklaşık bir saatte tamamlanır.[33]

NEO Kişilik Envanteri (NEO Personality Inventory-Revised; NEO-PI-R)

Beş faktör modelinin boyutlarını değerlendirmede kullanılan 240 soruluk bir envanterdir. Her bir faktör a yönü ile temsil edilmektedir. Bunlar özgül kişilik özelliklerini yansıtmaktadır. Sorular beş seçenekli likert tipi ölçekten (“kesinlikle katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum” a doğru) oluşmaktadır. Sorulardaki nadiren ve sıklıkla terimleri kişilik özelliklerini tanımlamadaki eğilimi göstermektedir. Her bir faktör için Cronbach’ın alfa değerleri; nörötizm (N) için 0.92, dışa dönüklük (E) için 0.89, deneyime açıklık (O) için 0.87, uzlaşmacılık (A) için 0.86, ve vicdanlılık (C) için 0.90 bulunmuş ve test-tekrar test için de sırasıyla 0.79, 0.79, 0.80, 0.75, 0.83 değerleri elde edilmiştir. Bu envanterin, kişinin kendisinin doldurduğu form (form S) ile gözlemci izlem formu (form R) versiyonları bulunmaktadır. Bu iki formun güvenilirlik değerleri de yüksek bulunmuştur.[10] Beş faktör modeline yönelik yapılan çalışmalarda, cinsiyet ve yaş arasında tutarlılık olduğu gösterilmiştir.[34,35] Genel tıbbi rahatsızlıklardan (kalp hastalıkları vb.) sağlıklı yaşama kadar birçok alanda kişilik özelliklerinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır.[36,37]

Kişiliğin Üç Boyutlu Ölçümü (Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ)

Bu ölçek ile Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI) Cloninger tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçekte kişinin kendi kendine yanıtladığı 100 soru bulunmaktadır. Yenilik arayışı, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığından oluşan üç temel kişilik boyutunu ölçmek için geliştirilmiştir. Bu envanter, öğrenme tarzlarının nöroanatomik ve nörofizyolojik yapılarını kapsayacak, biyolojik ve sosyal temeller üzerine oturulmuştur. TPQ bir çok dilde bulunmaktadır. 20-30 dakikada tamamlanmaktadır.[38] Daha sonrasında TPQ’nun mizaç özelliklerine sebat etme, karakter boyutuna ise kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma biçiminde üç özellik eklenerek mizaç ve karakter envanteri (TCI) oluşturulmuştur. Bu nedenle, TCI kişilik bozukluklarını değerlendirmede yedi faktörlü bir model özelliği taşımaktadır. Doğru ve yanlış biçimindeki 240 sorudan oluşmaktadır.[39,40] Özellikle psikosomatik hastalıklarda bu psikobiyolojik modellemenin hastalığı anlamada faydalı olabileceği düşünülmektedir.[41]

Tanıda Prototip Eşleme Yöntemi

Bu yöntemde kişiye herhangi bir kişilik bozukluğuna ait prototip özellikleri içeren bir kart okutulmaktadır. Buradaki ifadelerin kendisine ne kadar benze-

diğine yönelik 1 ile 5 arasında derecelendirme yapması istenmektedir. Buna göre: 1.eşleşme yok (bozukluğu tanımlamamakta); 2.önemsiz düzeyde eşleşmekte (bu bozukluğa ait çok az özellik taşımakta); 3.orta düzeyde eşleşme var (bu bozukluğa ait anlamlı özellikler taşımakta); 4.iyi düzeyde eşleşme var (tanı geçerlidir); ve 5.çok iyi eşleşiyor (prototip olgu). DSM'nin yeni sürümlerinde, özellikle politetik tanılarının uygulamasındaki sınıflandırmalarda daha güvenilir bulunmaktadır.[42] Bu yaklaşımın faydalarından ilki, klinisyenin bütünü tamamladığı içeriği göz önüne alarak mevcut bireysel ölçütleri tanımlamasını sağlamasıdır. Her bir belirti bütün ile bağlantılıdır, tanı için bir belirtinin olması yeterli değildir. İkincisi; tanı koymak için pratik bir yöntemdir ve DSM'deki belirtileri saymaktan kolaydır. Üçüncüsü; klinisyen ve araştırmacı için kategorik (var/yok) yaklaşımdan ziyade boyutsal yaklaşıma sahiptir.[42] Prototip eşleme yöntemi, esas olarak kişiliğe boyutsal yaklaşımda bulunmakta olup kategorik yaklaşıma da izin veren melez bir yöntemdir.[43]

Shedler-Westen Değerlendirme Prosedürü-200 (Shedler-Westen Assessment Procedure-200; SWAP-200)

SWAP-200 kişilik özelliklerini tanımlayan 200 durumdan oluşur. Bu özelliklerin tanımları yedi yıllık bir araştırma süreci sonrasında klinisyenlerin ortak deneyim ve gözlemlerinden oluşturulmuştur.[44] Bu süreçte savunma düzeyleri, baş etme yöntemleri ve kişiler arası ilişkilerdeki patolojiler incelenmiştir. Geçmiş 50 yıllık bilgi birikimi ışığında DSM-IV ve ICD-10 kişilik bozuklukları ölçütlerinin bir karması biçiminde oluşturulmuştur. Bu ifadeler, yalnızca tanı koymak için değil, aynı zamanda kişiliği tanımaya da yöneliktir. Hastaların tanımlanması sekiz kategori içerisinde Q-yerleştirme yöntemi ile değerlendirilir. Bu puanlama 0 değeri (açıklayıcı olmayan) ile 7 değeri (en açıklayıcı olan) arasındadır. Web temelli versiyona www.psychsystems.net adresinden ulaşılabilir. DSM-III ile DSM-IV'teki eksen-II ölçütlerini kapsamaktadır. Q yönteminin kişilik bozukluklarındaki tanı sorunlarına yönelik DSM-V için yeni bir bölümlenme oluşturulabileceği bildirilmiştir. Hasta tarafından tamamlanması ortalama 45 dakika sürmektedir.[44,45]

Kişilik Organizasyonu Envanteri (Inventory of Personality Organisation; IPO)

Kernberg, kişilik yapısını psikoanalitik kuram temelinde nörotik, borderline ve psikotik olmak üzere üç tabakada değerlendirmiştir.[46] Kernberg ve arkadaşları, kişilik organizasyonunu değerlendirmek için kişinin kendisinin bulunduğu IPO'yu geliştirmişlerdir. Bu ölçekte, ilkel psikolojik savunmalar,

gerçeği değerlendirme ve kişilik karmaşası olmak üzere üç özellik değerlendirilmektedir. Daha sonrasında bu üç özelliğe, agresyon ve ahlaki değerlerden oluşan iki ölçek daha eklenmiştir. Bu test, 83 sorudan oluşan ve “asla doğru değil:1” ile “her zaman doğru:5” arasında derecelenen beş seçenekli boyutsal değerlendirmenin yapıldığı bir testtir.[47]

Uyumlu ve Uyumlu Olmayan Kişilik Yönleri Listesi (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality; SNAP)

375 sorudan oluşan bu ölçeğin alt ölçekleri semptomatolojinin profilini tanımlamaktadır. Özellikle güvensizlik, manipülasyon durumu, güvensiz bağlanma, kimlik problemleri, duygusal oynaklık ve kendine zarar verme gibi altölekleredeki yükselmeleri daha kesin tanımlayabilmektedir. Normal ve anormal kişilik işlevleri arasında açık bir sınırın bulunmaması ve genel kişilik yapısı ile ilgili belirgin bir düzenlemenin olmaması bu ölçeğe ait bir sınırlılıktır. SNAP; olumsuz duygulanım, olumlu duygulanım, antagonizm ve kendini sınırlama olarak başlıca dört mizaç boyutu taşır. Bu boyutlar FFM'nin kişilik işlevlerindeki beş faktöründen dördünü iyi düzeyde karşılamaktadır. Ölçeklerin iç tutarlılığı 0.76 ile 0.92 arasında, test-tekrar test güvenilirliği de 0.81 ile 0.93 arasında değişmektedir.[48,49]

Kişilik Bozukluğunun Boyutsal Değerlendirmesi (Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire; DAPP-BQ)

Beşli likert tipi sorulardan oluşan ankette kişilik bozukluklarının 18 düşük boyutunu ve dört yüksek boyutunu ölçmeye yönelik 290 soru bulunmaktadır. Düşük boyutta; anksiyete, kimlik problemleri, karşı gelme, ifadede kısıtlılık, kompulsivite, uyarın arayışı, güvensiz bağlanma, boyun eğme, içtenlik ve yakınlaşma sorunları, muhalefet etme, vurdumduymazlık, davranış problemleri, düşünsel çarpıtma, duygulanımda oynaklık, narsisizm, sosyal çekingenlik, şüphecilik ve red etme bulunmaktadır. Yüksek boyutta ise duygusal düzensizlik, antisosyal davranışlar, inhibe olma ve kompulsivite bulunmaktadır. Bu ölçeklerin iç tutarlılığı 0.83 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği de 0.81 ile 0.93 arasında değişmektedir. Farklı dillerde çevirisi bulunan bu ölçek yaklaşık olarak 45 dakikada tamamlanmaktadır.[50] 136 soruluk kısa bir formu da bulunmaktadır.[51,52] Ergenlerdeki kişilik bozukluklarının boyutsal özelliklerine yönelik ise ergen formu (DAPP-BQ-A) geliştirilmiştir. Bu ölçek orijinal formunun yapısına uygun olarak duygusal düzensizlik, antisosyal davranışlar, inhibe olma ve kompulsivite olmak üzere dört boyutta iç tutarlılık göstermektedir.[53]

DSM-III-R'deki Kişilik Bozukluklarına Yönelik Yapısal Görüşme (Structured Interview for DSM-III-R Personality Disorders: SIDP-R)

Her bir bölümün 10 soruda değerlendirildiği toplam 17 bölümden oluşan bir ölçektir. Görüşmenin sonunda kişilik bozukluklarına ait ölçütlerin değerlendirildiği bir özet bölümü bulunmaktadır. Görüşme, yaklaşık yarım saat ile iki saat arasında tamamlanmaktadır. Görüşmeciler arası tutarlılık değeri 0.70 olarak bulunmuştur. Bu ölçekte, çevresindeki bilgi verenin de değerlendirilmesi yapılmaktadır. Bu bilgiler benzer soruların bazıları üzerine temellendirilmiştir.[54,55]

Kişilik Değerlendirme Çizelgesi (Personality Assessment Schedule; PAS)

Tyter ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 9 maddelik alt ölçekler kullanılarak 24 kişilik boyutu hakkında değerlendirmede bulunulur. Hastadan ziyade bilgi verenle görüşme yapılması tercih edilmektedir. Anormal özelliklerin neden olduğu sosyal bozulma veya mevcut mental durumun oluşturduğu bozulmaların daha iyi değerlendirmesi yapılabilir. Hasta ya da bilgi verenle görüşmenin yaklaşık bir saatte tamamlanması beklenir. Bu 24 kişilik boyutu; karamsarlık, değersizlik, iyimserlik, labilite, anksiyete, şüphecilik, kendi düşünce ve duygularını gözleme, utangaçlık, uzak durma, duyarlılık, hassasiyet, sinirlilik, dürtüsellik, saldırganlık, vurdumduymazlık, sorumsuzluk, çocuksuluk, çaresizlik, bağımlılık, teslimiyet, vicdanlılık, rijidite, tuhafılık ve hipokondriyazis olarak tanımlanmıştır. Bu verilerin küme analizi yapılarak anormal kişiliğe yönelik sosyopat, pasif-bağımlı, anankastik ve şizoid olmak üzere 4 ana tip belirlenmiştir. Bu değerlendirme sonucunda; patlayıcı, duyarlı-agresif, histrionik, astenik, anksiyöz, paranoid, hipokondriak, distimik ve çekingen olmak üzere 9 alt başlık belirlenmiştir. Bu 24 kişilik boyutunun detayları veya özgül ölçütleri tanımlanmamıştır. Değerlendirme, oluşan sosyal bozulmanın derecesine göre oluşturulmuştur. Bu bozulma ICD-10 ve DSM-III-R'den hareket edilerek değerlendirilmiştir. PAS kişilik bozuklukların değerlendirilmesinde geniş kapsamlı olarak kullanılmaktadır. Test-tekrar test ve görüşmeciler arası güvenilirliğin yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur.[56,57]

Hızlı Kişilik Değerlendirme Çizelgesi (Rapid Personality Assessment Schedule; PAS-R)

Yaklaşık 10 dakikada kişilik durumunu değerlendiren bir ölçektir. PAS'ın uzun versiyonu ile karşılaştırıldığında geçerli ve güvenilir bulunmuş ve duyarlılığı %64 ve özgüllüğü %82 olarak saptanmıştır.[58]

Standardize Kişilik Değerlendirmesi (Standardized Assessment of Personality; SAP)

Pilgrim ve Mann tarafından geliştirilen kısa, yarı yapılandırılmış, bilgi veren kişi temelinde oluşturulmuş ve 10-15 dakikada tamamlanan bir görüşmedir. Ölçek DSM-IV ve ICD-10 ile uyumludur. Geçerlilik değeri 0.76 olup kişilik bozukluklarının bireysel kategorileri için 0.60 ve 0.82 arasında değere sahiptir. Sekiz maddelik tarama sorusu öncelikli olarak 0-1 arasında dikotomik değerlendirme yapması için kişiye verilir sonrasında bilgi veren kişi ile görüşülür. Başlangıçta hastalık öncesi kişiliğinin tanımlanması istenmekte; daha sonrasında belli alanlarda kişiliğin değerlendirilmesi yapılmaktadır.[59,60]

Millon Çok Yönlü Klinik Envanteri (Millon Clinical Multiaxial Inventory; MCMI)

Genel kişilik yapısının organizasyonu; rahat-sıkıntılı, aktif-pasif ve kendidigeri biçiminde üç polaritede değerlendirilmiştir. Ölçeğin ilk formu olan MCMI-I 1977'de geliştirilmiştir. Sonraki versiyon MCMI-II ise 1987'de geliştirilmiştir. Bu ölçekteki kişilik ve karakter yapısı DSM-III-R ile bağlantı taşımaktadır. Ölçek doğru-yanlış biçiminde işaretlenen 175 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 20 klinik alt ölçek 3 geniş kategoride organize edilmiştir. Bunlar dirençli kişilik özellikleri, mevcut belirti durumu ve patolojinin düzeyidir. Son olarak 1994'te geliştirilen MCMI-III, DSM-IV'deki şemalarla uyumludur. Kişinin kendisinin doldurduğu bu ölçek, kişilik bozukluklarının değerlendirildiği klinik pratikte yaygın kullanıma sahiptir.[61,62]

Kişilik Tanı Sorgulaması (Personality Diagnostic Questionnaire; PDQ-R)

Hyler tarafından geliştirilen ölçek, doğru-yanlış biçiminde işaretlenen 189 sorudan oluşmaktadır. DSM-III-R'deki kişilik bozuklukları temel alınmıştır. Birçok kişilik bozukluğu için yüksek özgüllük ve orta düzeyde duyarlılık elde edilmiştir. Test-tekrar test çalışmalarında her bir kişilik bozukluğu için bapıntı değerleri 0.62-0.99 arasında bulunmuştur.[63,64]

Erişkin Kişilik İşlevlerinin Değerlendirilmesi (Adult Personality Functioning Assessment; APFA)

Kişinin kendisi ve bilgi verenle yapılan bir görüşmedir. Kişinin sosyal işlevlerindeki özellikler ve kişilerarası ilişkileri başlıca 6 alanda değerlendirilmektedir. Bu özellikler; iş, aşk ilişkileri, arkadaş ilişkileri, sosyal ilişkilerdeki uzaklık, müzakere kurma ve günlük baş etme durumlarını kapsamaktadır. İşlev bozukluğunun şiddet ve yaygınlığı 0'dan 5'e kadar derecelendirilmektedir.[65,66]

Uluslararası Kişilik Bozukluğu Değerlendirmesi (International Personality Disorder Examination; IPDE)

Yarı yapılandırılmış 157 sorudan oluşan bir görüşme formudur. DSM-III-R ve ICD-10'a göre ayrılmış sorular bulunmaktadır. Bu sorular; iş, kendilik, kişiler arası ilişkiler, duygulanım, gerçeği değerlendirme ve dürtü denetimi olmak üzere 6 başlıkta incelenmektedir. Yanıtlar 0-2 arasında puanlanmaktadır. IPDE için; kişide bu belirtilerin en az beş yıl boyunca mevcut olması ve 25 yaşından önce belirtilerden en az birinin var olması gerekmektedir. İki saat ile 20 dakika arasında tamamlanmaktadır.[67,68]

Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması (The Iowa Personality Disorder Screen; IPDS)

Yaklaşık olarak 5 dakikada tamamlanan, yapılandırılmış çok kısa bir görüşmedir. Genel kişilik bozukluklarına ait spesifik kriterleri sorgulayan 11 soru bulunmaktadır. Duyarlılık ve özgüllüğünün iyi olduğu bildirilmiştir.[69]

Kişilik Patolojisinin Çok Kaynaklı Değerlendirilmesi (Multi-source Assessment of Personality Pathology; MAPP)

Oltmanns ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.[70] Bu test 105 sorudan oluşan 0-3 arasında derecelenen 4 maddelik likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki 81 soru DSM-IV'deki 10 kişilik bozukluğu temel alınarak, 24 soru ise ek kişilik özellikleri temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçeğin geçerlilik değerleri 0,54 ile 0,74 arasında bulunmuştur.[70] Bu ölçeğin öz-bildirim formundaki sorular ve bilgi verenin doldurduğu formdaki sorular birbirleriyle benzerlik göstermektedir. Ancak, bu iki ölçek arasındaki tutarlılık, düşük ve orta düzeyde ($r = 0,11$ ile $0,35$) bulunmuştur. Bu ölçeğin SCID-II ve Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ) ile karşılaştırılması sonrasında, MAPP'nin bu iki değerlendirme aracına göre daha konservatif olduğu saptanmıştır.[71]

Eysenck Kişilik Anketi (Eysenck Personality Questionnaire; EPQ)

Eysenck kişiliği başlangıçta nörotisizm ve dışa dönüklük biçiminde iki geniş faktörde, sonrasında psikotizm faktörünü ekleyerek üç boyutlu bir yapıda değerlendirmiştir. Dışa dönüklük boyutu sosyalliği ve dürtüselliği, nörotisizm boyutu duygusal tutarlılık ve aşırı tepkisel davranışları, psikotisizm boyutu ise soğukluğu temsil etmektedir. Ölçeğin uzun formu doğru-yanlış biçiminde cevaplanan 90 sorudan oluşmaktadır. Nörotizm, dışa dönüklük, psikotizm ve yalan olmak üzere dört faktörlü bir yapıya sahiptir. Yaklaşık olarak 15 dakika gibi kısa bir sürede tamamlanmaktadır.[4,72] Ölçeğin kısa formu 48 soruluk benzer dört alt ölçekten oluşmaktadır.[73] Ölçeğin kısa formunun da kısaltı-

larak 24 soruya indirildiği, gözden geçirilmiş kısa formu bulunmaktadır. Karancı ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.[74] EPQ'nun bir çok farklı dile çeviri bulunmakta olup 50 farklı toplumda uygulanmıştır.[75]

Kişilik İnanç Anketi (Personality Belief Questionnaire; PBQ)

Türkçe'ye Kişilik İnanç Anketi (PBQ) olarak çevrilen anket, bilişsel kurama ve klinik gözlemlere dayanarak Beck ve arkadaşları tarafından eksen-II bozuklukları için geliştirilen, özel inanç ve varsayımlardan oluşmuş şemalar içermektedir. Bu şemalar DSM-IV'deki 9 kişilik bozukluğuna karşılık gelmektedir. Her bir kişilik bozukluğu için 14 sorudan oluşan toplamda 126 madde içermektedir. Kişilik inançları anketi klinikte; bilişsel bir profil çıkartmak ve tedavide kullanılacak disfonksiyonel inançları tanımlamada kullanılabilir. PBQ geliştirildiği 1991 yılından bu yana hem normal popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda kullanılmıştır. PBQ'nun orijinal formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türkçapar ve arkadaşları tarafından yapılmış olup 0.67 ile 0.90 arasında iç tutarlılık elde edilmiştir.[76] Ölçeğin orijinal formunu geliştiren çalışmacılar aynı değerlendirme özelliğine sahip ancak daha kısa ve pratik bir ölçek elde etmek amacıyla PBQ orijinal formunun ayırt edici özelliği yüksek olan maddelerini seçerek 65 maddeden oluşan PBQ-SF'i (KİA - kısa formu) geliştirmişlerdir.[77]

Young Şema Anketi (Young Schema Questionnaire)

Eksen-II bozukluklarını boyutsal bir yaklaşımla haritalamak için tasarlanmıştır. DSM kategorilerinin erken dönem uyum bozucu şemalarını ölçmeyi hedefler. Erken dönem uyum bozucu şemalar; aşırı yaygın, kişinin kendisiyle ve çevresiyle olan ilişkileriyle ilgili, çocukluk döneminde oluşan, kişinin yaşamı boyunca ayrıntılı olarak gelişen, belirgin olarak işlevsellik bozucu yapılarıdır. Bunlarda 5 üst başlıkta; bağlantısızlık ve reddedilme, kusurlu özerklik ve performans, kusurlu sınırlar, başkalarına yönelim, aşırı hassasiyet ve ketlenme olarak değerlendirilmektedir. Bu şema anketi 205 maddeden oluşan özbildirim şeklindeki bir ankettir. Yakın zamanda şema anketinin kısaltılmış versiyonu geliştirilmiş ve test edilmiştir. Klinik popülasyondaki araştırmaların sonuçlarına göre üç uyumsuz başa çıkma yöntemi olduğu ileri sürülmüştür: aşırı telafi, teslim olma ve çekinme.[26]

DSM'deki Kişilik Bozukluğunun Dünü ve Yarını

Kişilik bozukluklarını anlamaya yönelik kuramların çeşitliliği ve tarihsel süreç incelendiğinde kişiliğin yapısını anlamının zor bir iş olduğu anlaşılacaktır.

Nitekim, kişilik ve kişilik bozukluklarına yönelik değerlendirmede kullanılan araçlar bir takım sınırlılıklara sahiptirler. Bu açıdan bakıldığında:

1. Mevcut kişilik bozukluklarına yönelik değerlendirme araçları sınırdan güvenilirlikleri ve bozulmuş tekrar testdeğerlendirmeleri gibi sorunlardan dolayı deneysel ve kavramsal sınırlılıklara sahiptir.
2. Tanı kategorilerinin DSM ve ICD gibi yalnızca iki tanı sistemi içine adapte edilmiş olması taksonomiye sınırlandırmaktadır. Ölçme tanı konmasında yardımcı olmaya çalışırken yeni tanı ölçütlerinin revizyona girmesi ile de farklı ölçüklerin gelişimine neden olmaktadır.[78]
3. Eksen II çalışma grupları her bir tanı ölçütünü iç tutarlılığını artırıp, diğer bozukluklarla ilgili ölçütlerin korelasyonlarını azaltmaya çalışarak ve her tanı için 7-10 arasında tanı ölçütü sınırlaması getirerek Eksen-II ölçütlerini giderek daralmaktadır.[45]
4. Tanı ölçütlerinin kesme puanlarının belirlenmesindeki zorluklar bulunmaktadır.
5. Benlikle uyumlu olarak tanımlanan kişilik bozukluklarına yönelik doğrudan sorulmuş sorulara kişilerin verdikleri yanıtların güvenilir olmaması konulan tanının güvenilirliğinde sorun yaratmaktadır.[79,80]
6. Kişilik bozuklukları arasında yüksek oranda birlikteliğin bulunması keşifsel değerlendirmede karmaşaya yol açmaktadır.[81,82]

DSM-V araştırma planlama konferansındaki çalışma gruplarında DSM-IV'teki kişilik bozukluğu tanımının ve kavramlarının doyurucu olmadığından hareketle, sınıflandırmada alternatif boyutsal bir modelin geliştirilmesi ve desteklenmesi kararlaştırılmıştır. Adlandırma çalışma grubunun başlıca çabası sınıflandırmadaki boyutsal modele yönelik olmuştur.[83]

Widiger ve Simonsen güncel bir çalışmada, kişilik bozukluğu ve kişiliğin boyutsal modelini, yaygın hiyerarşik yapı içerisinde değerlendirerek, kişiliğin uyuma dönük ve uyuma dönük olmayan işlevlerini tanımlamışlardır. Bunlar duygusal bozukluk, duygusal istikrar ya da kısıtlanma, dürtüsellik ya da dışa dönüklük ve içe dönüklük ya da uyumluluktur.[84] Benzer birçok çalışmada mevcut tanı kategorisinde boyutsal özelliklere geçişin sağlanmasına yönelik öneriler bulunmaktadır.[85,86] DSM-V'te kişilik ve kişilik bozukluklarına yaklaşım mevcut bilgi birikiminden hareketle beş bölüm halinde değerlendirilmektedir. Bunlar;

1. Kendisi ve kişilerarası ilişkilerde kişilik işlevlerinin normalden şiddetli bozulmaya kadar değerlendirilmesi.
2. Başlıca kişilik bozukluğu tiplerinin prototip tanımları.
3. Kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi.

4. Kişilik bozukluğundaki genel ölçütler (kişilerarası ilişkilerdeki kapasite, kendisini bütünelştirme ve ayrı tutmadaki birçok işlev).
5. Uyuma yönelik işlevlerin ölçülmesi.[43]

Sonuç

Kişilik özellikleri ve bozuklukları diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla birlikte görüldüğünden ve hatta eksen I bozukluklarına zemin hazırlayıp tedavi sürecini olumsuz etkilediğinden klinik açıdan büyük önem taşımaktadır. Kişiliği tanıma ve anlama sürecinin başlangıcında bölümlleme (taksonomi) ile ilgili araştırmalar yapılmış ve bu araştırmalar sonucunda boyutsal yaklaşım oluşturulmuştur. DSM ve ICD gibi tanı sınıflandırmaları ile birlikte kategorik yaklaşım ön plana çıkmıştır. Tüm bu yaklaşımlar değerlendirildiğinde kişiliği tanımada uyuma yönelik işlevler, mizaç ve karakter özellikleri, kendisi ve diğerleri ile ilgili temel inançlar, kültürel özellikler ve yaşam olaylarının değerlendirilmesi öne çıkmaktadır. Son 20-30 yıl içerisinde bu yaklaşımlara yönelik birçok araç geliştirilmiştir ve tüm bu değerlendirme araçlarının sonuçları ve eleştirileri doğrultusunda DSM-V boyutsal yaklaşım çerçevesinde yeni bir yapılandırmaya girmiştir.

Kaynaklar

1. Linda V. Berens. Sixteen Personality Types: Descriptions for Self-Discovery. Telos Publications, California, 1999.
2. Ewen RB. An Introduction to Theories of Personality, 7th ed. East Sussex, UK, Psychology Press, 2009.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
4. Thomas JC, Segal DL. Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology. New Jersey, Wiley, 2006.
5. Farmer A, McGuffin P, Williams J. Measuring Psychopathology. New York, Oxford University Press, 2002.
6. Loranger AW, Janca A, Sartorius N. Assessment and Diagnosis of Personality Disorders. New York, Cambridge University Press, 1997.
7. Hill D. Psychopathic personality. Postgrad Med J 1954; 30:399-403.
8. Simanowitz V, Pearce P. Personality Development. Berkshire, UK, Open University Press, 2003.
9. Leary T. Interpersonal Diagnosis of Personality: A Functional Theory and Methodology for Personality Evaluation. New York, Ronald Press, 1957.
10. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual. Odessa, Psychological Assessment Resources, 1992.

11. John OP, Caspi A, Robbins RW, Moffitt TE, Stouthaner-Loeber M. The "little five": exploring the normological network of the five-factor model of personality in adolescent boys. *Child Dev* 1994; 65:160-178.
12. Ashton MC, Lee KA. Theoretical basis for the major dimensions of personality. *Eur J Pers* 2001;15:327-353.
13. Zuckerman M, Kuhlman DM, Camac C. What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. *J Pers Soc Psychol* 1988; 54:96-107.
14. Digman JM. Higher-order factors of the Big Five. *J Pers Soc Psychol* 1997; 73:1246-1256.
15. Markon KE, Krueger RF, Watson D. Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *J Pers Soc Psychol* 2005; 88:139-157.
16. Costa PT, McCrae RR. Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory. *J Pers Assess* 1995; 64:21-50.
17. Igarashi H, Kikuchi H, Kano R, Mitoma H, Shono M, Hasui C et al. The Inventory of Personality Organisation: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Ann Gen Psychiatry* 2009; 8:9.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington DC, 1980.
19. Gunderson JG, Links PS, Reich JH. Competing models of personality disorders. *J Pers Disord* 1991; 5:60-68.
20. Kernberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT, Yale University Press, 1984.
21. Kernberg OF, Clarkin JF. *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, NY, Hospital-Cornell Med. Cent, 1995.
22. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1:355-380.
23. Shedler J, Westen D. Dimensions of personality pathology: an alternative to the Five-Factor Model. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1743-1754.
24. Riso LP, Klein DN, Anderson RL, Ouimette PC, Lizardi H. Concordance between patients and informants on the personality disorder examination. *Am J Psychiatry* 1994; 151:568-573.
25. Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2nd ed. New York, Guilford Press, 2004.
26. Young J. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, Professional Resource Press, 1990.
27. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006; 163:846-856.
28. Zimmerman M, Pfohl B, Coryell W. Diagnosing personality disorder in depressed patients: a comparison of patient and informant interviews. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:733-737.
29. Savaşır I. *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri El Kitabı*. Ankara, Sevinç Matbaası, 1981.

30. Erol N. Ülkemizdeki psikiyatrik hastalarda MMPI'nin geçerlik çalışması. *Psikoloji Dergisi* 1982; 14:15-23.
31. Graham JR, Ben-Porath YS, Tellegen A, Dahlstrom WG, Butcher JN, Kaemmer B. MMPI-2 (Minnesota multiphasic personality inventory): Manual for Administration, Scoring and Interpretation. Minneapolis, University of Minnesota Press, 2001.
32. Somwaru DP, Porath YS. Development and reliability of MMPI-2 based personality disorder scales. 30th Annual Workshop and Symposium on Recent Developments in Use of the MMPI-2 and MMPI-A, March 1995, St. Petersburg Beach, Florida.
33. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders (SCID-I/P). Washington DC, American Psychiatric Press, 1997.
34. Costa PT, Terracciano A, McCrae RR. Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *J Pers Soc Psychol* 2001; 81:322-331.
35. Roepke S, McAdams LA, Lindamer LA, Patterson TL, Jeste DV. Personality profiles among normal aged individuals as measured by the NEO-PI-R. *Aging Ment Health* 2001; 5:159-164.
36. Shipley BA, Weiss A, Der G, Taylor MD, Deary IJ. Neuroticism, extraversion and mortality in the UK Health and Lifestyle Survey: a 21-year prospective cohort study. *Psychosom Med* 2007; 69:923-931.
37. Jonassaint CR, Boyle SH, Williams RB, Mark DB, Siegler IC, Barefoot JC. Facets of openness predict mortality in patients with cardiac disease. *Psychosom Med* 2007; 69:319-322.
38. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychol Rep* 1991; 69:1047-1057.
39. Cloninger CR. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use. Washington University, St Louis, Center for Psychobiology of Personality, 1994.
40. Cloninger CR. A practical way to diagnose personality disorder: a proposal. *J Pers Disord* 2000; 14:99-108.
41. Güleç MY. Psikosomatik hastalıklarda mizaç ve karakter. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009; 1:201-214.
42. Shedler J, Westen D. Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1350-1365.
43. Skodol AE, Bender DS. The future of personality disorders in DSM-V? *Am J Psychiatry* 2009; 166:388-391.
44. Westen D, Shedler J. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *J Pers Disord* 2000; 14:109-126.
45. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry* 1999; 156:258-272.
46. Kernberg OF. A psychoanalytic classification of character pathology. *J Am Psychoanal Assoc* 1970; 18:800-822.

47. Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA. The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factor composition, and criterion relations with affect aggressive yscontrol, psychosis proneness, and self domains in a nonclinical sample. *Psychol Assess* 2001; 13:577-591.
48. Clark LA. Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1993.
49. Samuel DB, Simms LJ, Clark LA, Livesley WJ, Widiger TA. An item response theory integration of normal and abnormal personality scales. *Personal Disord* 2010; 1:5-21.
50. Livesley WJ, Jackson DN. Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire (DAPP-BQ). Post Huron, Sigma Press, 2002.
51. De Beurs E, Rinne T, Van Kampen D, Verheul R, Andrea H. Reliability and validity of the Dutch Dimensional Assessment of Personality Pathology-Short Form (DAPP-SF), a shortened version of the DAPP-Basic Questionnaire. *J Pers Disord* 2009; 23:308-326.
52. Pukrop R, Steinbring I, Gentil I, Schulte C, Larstone R, Livesley JW. Clinical validity of the "Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP)" for psychiatric patients with and without a personality disorder diagnosis. *J Pers Disord* 2009; 23:572-586.
53. Tromp NB, Koot HM. Dimensions of personality pathology in adolescents: psychometric properties of the DAPP-BQ-A. *J Pers Disord* 2008; 22:623-638.
54. Pfohl B, Coryell W, Zimmerman M, Stangl D. DSM-III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Compr Psychiatry* 1986; 27:21-34.
55. Stangl D, Pfohl B, Zimmerman M, Bowers W, Corenthal C. A structured interview for the DSM-III personality disorders. A preliminary report. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:591-596.
56. Tyrer P, Alexander J. Classification of personality disorder. *Br J Psychiatry* 1979; 135:163-167.
57. Tyrer P, Alexander MS, Cicchetti D, Cohen MS, Remington M. Reliability of a schedule for rating personality disorders. *Br J Psychiatry* 1979; 135:168-174.
58. Van Horn E, Manley C, Leddy D, Cicchetti D, Tyrer P. Problems in developing an instrument for the rapid assessment of personality status. *Eur Psychiatry* 2000; 15(Suppl 1):29-33.
59. Mann AH, Jenkins R, Cutting JC, Cowen PJ. The development and use of a standardized assessment of abnormal personality. *Psychol Med* 1981; 11:839-847.
60. Pilgrim JA, Mellers JD, Boothby HA, Mann AH. Inter-rater and temporal reliability of the Standardized Assessment of Personality and the influence of informant characteristics. *Psychol Med* 1993; 23:779-786.
61. Millon T, Millon C, Davis RD. MCMII-III Manual, 2nd ed. Minneapolis, National Computer Systems, 1997.
62. Millon T, Davis RD. The MCMII-III: present and future directions. *J Pers Assess* 1997; 68:69-85.

63. Hyler SE, Skodol AE, Oldham JM, Kellman HD, Doidge N. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: a replication in an outpatient sample. *Compr Psychiatry* 1992; 33:73-77.
64. Uehara T, Sakado K, Sato T. Test-retest reliability of the Personality Diagnostic Questionnaire: Revised. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 51:369-372.
65. Hill J, Fudge H, Harrington R, Pickles A, Rutter M. The Adult Personality Functioning Assessment (APFA): factors influencing agreement between subject and informant. *Psychol Med* 1995; 25:263-275.
66. Hill J, Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A. Adult personality functioning assessment (APFA): An investigator-based standardised interview. *Br J Psychiatry* 1989; 155:24-35.
67. Loranger A, Janca A, Sartorius N. *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders: The ICD-10 International Personality Disorders Examination (IPDE)*. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1997.
68. Loranger A, Sartorius N, Andreoli A. The International Personality Disorders Examination: The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:215-224.
69. Langbehn DR, Pfohl BM, Reynolds S, Clark LA, Battaglia M, Bellodi L et al. The Iowa Personality Disorder Screen: development and preliminary validation of a brief screening interview. *J Pers Disord* 1999; 13:75-89.
70. Thomas C, Turkheimer E, Oltmanns TF. Factorial structure of personality as evaluated by peers. *J Abnorm Psychol* 2003; 112:81-91.
71. Okada M, Oltmanns TF. Comparison of three self-report measures of personality pathology. *J Psychopathol Behav Assess* 2009; 31: 358-367.
72. Eysenck HJ, Eysenck SB. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. London, Hodder & Stoughton, 1975.
73. Francis LJ, Brown LB, Philipchalk R. The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Pers Individ Dif* 1992;13:443-449.
74. Karanci AN, Dirik G, Yorulmaz O. [Reliability and validity studies of Turkish translation of Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated]. *Turk Psikiyatri Derg* 2007; 18:254-261.
75. McCrae RR, Terracciano A, Personality Profiles of Cultures Project. Universal features of personality traits from the observer's perspective: Data from 50 cultures. *J Pers Soc Psychol* 2005; 88:547-561.
76. Türkçapar MH, Örsel S, Uğurlu M, Sargın E, Turhan M, Akkoyunlu S et al. Kişilik inanç ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2007;10:177-191.
77. Butler AC, Beck AT, Cohen LH. The Personality Belief Questionnaire-Short Form: development and preliminary findings. *Cogn Ther Res* 2007; 31:357-370.
78. Güleç H. Psikiyatride psikometri: temel kavramlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009; 1:175-186.

79. Höflich A, Rasting M, Mach J, Pless S, Danckworth S, Reimer C et al. A German version of the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) for the dimensional assessment of personality disorders. *Psychosoc Med* 2007; 22:4.
80. Shedler J, Westen D. Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment* 1998; 5:335-355.
81. Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Petruzzi C, Daneluzzo E et al. Patterns of comorbidity among DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology* 2000; 33:69-74.
82. Watson DC, Sinha BK. Comorbidity of DSM-IV personality disorders in a nonclinical sample. *J Clin Psychol* 1998; 54:773-780.
83. Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley WJ, Verheul R. Personality disorder research agenda for the DSM-V. *J Pers Disord* 2005; 19:315-338.
84. Widiger TA, Simonsen K. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Pers Disord* 2005; 19:110-130.
85. Oldham JM, Skodol AE. Charting the future of Axis II. *J Pers Disord* 2000; 14:17-29.
86. Widiger TA. The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: a critique and an alternative. *Psychol Inq* 1993; 4:75-90.

İbrahim Taymur, Uzm.Dr., S.B. Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara; **M. Hakan Türkçapar**, Doç.Dr., S.B. Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Yazışma Adresi/Correspondence: İbrahim Taymur, S.B. Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Turkey. E-mail: dritay@yahoo.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol4/no2/

Çevrimiçi yayım / Published online 06 Şubat/February 06, 2012; doi:10.5455/cap.20120410
